



# FONDO DEL AHORRO MAGISTERIAL A.C.

Av. 5 de Mayo No. 100 Zona Centro, Tijuana B.C.

Fam37tijuana@hotmail.com Tel. 688 24 36

## SOLICITUD DE INGRESO

Empleado No. \_\_\_\_\_ Delegación Sindical \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Calle, Avenida, Etc. \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Dependencia donde labora \_\_\_\_\_

Oficina de adscripción \_\_\_\_\_ Zona Escolar \_\_\_\_\_

Nombramiento \_\_\_\_\_ Sueldo \$ \_\_\_\_\_

Otro Nombramiento \_\_\_\_\_ Sueldo \$ \_\_\_\_\_

Tipo: Base \_\_\_\_\_ Jubilado \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso a la Dependencia: \_\_\_\_\_

Deseo que se me descuente la cantidad de: \$ \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

### DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Beneficiario

Parentesco

Porcentaje

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Albacea \_\_\_\_\_

\*Nota: En caso de que haya más beneficiarios favor de anotarlos al reverso de la hoja y cancelar con la firma.